

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE 207 !

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jacques, Philippe, Emile CERLES

Né le 8 Octobre 1932 à ASNIERES (Seine)

présentée et soutenue publiquement le

LA GROSSESSE
CHEZ LES FEMMES ATTEINTES
DE MALADIE DE HODGKIN

Président : Monsieur MERGER (Professeur)

D. P. TAIB

8 Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°

1961



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Jacques, Philippe, Emile CERLES

Né le 8 octobre 1932 à Asnières (Seine)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES
DE MALADIE DE HODGKIN

--

Président : Monsieur MERGER, Professeur

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.

210/62



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURFIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et therap. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

Anatomie.....	(CABROL (C)
	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique.....	(BUSSE (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	(VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
	(BARBIER (P)
Bactériologie.....	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J) m.conf.
	(SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
	DUPERRAT (B)
Dermato-syphiligraphie.....	LEDoux-LEBARD (G)
Electro-radiologie.....	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)
Embryologie.....	

MM.

Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch. (MAROIS (M) (RACADOT (J) (CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R) (DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch. (HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M) (ALBAHARY (C) (LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G) (MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J) (BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R) (RAMADIER (J) (DEBAIN (J) (BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G) (SCHNEIDER (J)
Histologie.....	
Hydrologie.....	
Hygiène.....	
Maladies infectieuses.....	
Médecine légale.....	
Médecine du travail.....	
Neurologie.....	
Obstétrique.....	
Ophtalmologie.....	
Orthopédie.....	
Oto-rhino-laryngologie.....	
Parasitologie.....	
Pathologie chirurgicale.....	
Pathologie exotique.....	

	MM.
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J) (HARTMANN (L) (LOEPER (J) (MAURICE (J) (PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H) m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J)pr.s.ch. (BOISSIER (J) (LECHAT (P) (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf. (KREIS (B) (FICHOT (P) (DUCHE (D) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A)m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (QUENU (L)
Pathologie expérimentale	
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
Clinique	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
chirurg.	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-)	(MADURO (R)
	(ROUX (M)	rhino-laryng.)	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé-	
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et	(LAPLANE (R)
	pr.s.ch.	puériculture	
Clinique	(DOMART (A)	Clinique	
médicale	(PERRAULT (M)	psychiatrique	(BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique	
	(THIEFFRY (S)	urologique	(KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie.....MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale.....ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
de la bibliothèque M. le Dr. HAHN (A)

Conservateurs.....Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)

Bibliothécaires MME CONTET (J), MELLE LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

Qu'ils veuillent bien trouver
ici un modeste témoignage
de ma profonde gratitude.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. MERGER,

Professeur d'Obstétrique à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En témoignage de respec-
tueuse reconnaissance.

A Monsieur J.M. AUCLAIR,

En reconnaissance de son
enseignement.

A Monsieur J. BALAZUC

A Monsieur G. SARFATI

Ma respectueuse considération.

A mes^e Maîtres,

Au Jury de ma Thèse.

LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES
ATTEINTES DE MALADIE DE HODGKIN

- I -

INTRODUCTION

-:-

L'association maladie de Hodgkin et grossesse a toujours été considérée à juste titre comme rare.

Pourtant, le pronostic sinon vital, du moins clinique de l'affection a connu, ces dernières années, de très profondes et heureuses modifications. Les diverses thérapeutiques utilisées, cytolytiques et radiothérapiques, permettent dans une proportion non négligeable des cas d'obtenir des rémissions plus ou moins prolongées, et de bonne qualité. Il devient alors possible à une femme atteinte de maladie de Hodgkin en rémission de mener à bien une grossesse et un accouchement. Car on a pu constater que les deux états n'avaient aucun effet réciproque, chacun évoluant pour son propre compte, sans modification du fait de leur coexistence. Par ailleurs, sous l'étiquette lymphogranulomatose maligne se groupent des faits fort disparates, les lésions pouvant demeurer très localisées, très discrètes, la maladie ne s'exprimant que par un aspect histopathologique caractéristique, ou au contraire, très généralisées et développées.

Dans les formes initiales, localisées, dans les rémissions de bonne qualité, il est bien évident qu'une grossesse intercur-

rente peut se produire, les indications d'un avortement thérapeutique ne paraissant pas se poser ici. Plus importants sont les deux points suivants :

la durée de survie, car la mort rapide de la mère après l'accouchement pose évidemment des problèmes sociaux, moraux, matériels qu'il ne faut pas perdre de vue ; mais précisément des rémissions, des survies prolongées sont dans la maladie de Hodgkin de plus en plus fréquentes, et nous citerons des exemples qui illustrent bien la possibilité d'un accouchement et d'un post partum normal chez les Hodgkiniennes ; l'état de l'enfant né de mère hodgekinienne : dans l'ensemble, le pronostic néonatal et infantile semble indépendant de l'atteinte maternelle. On a parlé, et nous y reviendrons, de lymphogranulomatose maligne familiale, peut-être héréditaire. Les statistiques sérieuses établies ne semblent pas montrer une fréquence accrue de la maladie chez les collatéraux et descendants des sujets atteints par elle.

°°°

Nous avons fait quelques recherches bibliographiques qui nous ont montré que l'association gravidité-Hodgkin est connue depuis longtemps déjà. La maladie avait été décrite par HODGKIN en 1832 et complétée en 1856 par WILKS. En 1898 STERNBERG décrivait les caractéristiques histologiques de l'affection.

La coexistence de la maladie de Hodgkin et d'une grossesse a été signalée par TROUSSEAU, par SANGER en 1888, par BROOKS en 1898. Le premier cas rapporté en détail semble être celui de A.B. DAVIS, publié en 1911. Puis GEMMEL, en 1923, étudiait les fonctions sexuelles, menstruation, gestation, chez les

Hodgkiniennes, et rapporte huit cas de grossesse chez ces malades. FABIAN en 1943 pouvait déjà collationner 42 cas connus.

R. GILBERT en 1945 faisait porter une étude sur six femmes granulomateuses en rémission radiothérapique nette ayant mené à bien leurs grossesses, entre 1925 et 1944. PAPILLON et CHAVANNE en 1949-1950 groupèrent 12 cas et y ajoutèrent 61 observations antérieurement publiées, dont 48 vérifiées. En 1950 J. BICHEL apportait onze nouvelles observations dont 9 grossesses à terme, un accouchement prématuré au septième mois, et deux fausses couches.

NAGEL deux ans plus tard décrit trois nouvelles observations. HENNESSY en 1952 part de 32 cas collationnés par KASDON, plus trois cas personnels de cet auteur, y ajoute 20 autres cas publiés, et enfin douze observations personnelles : avec un total de 64 cas en 1950.

GILBERT en 1952 a réuni 118 cas de grossesse chez des Hodgkiniennes, avec 90 grossesses à terme, 7 accouchements prématurés, 12 interruptions de grossesse, deux décès foeto-maternels et 7 fausses couches. KAPLAN en 1953 voit la gestation évoluer normalement à son terme, après irradiation de deux cas de lymphogranulomatose. SATJE et COSTE apportent en 1954 un nouveau cas dont ils soulignent la rareté, et l'absence d'influence réciproque sur les deux états ; pour eux, il n'y a pas d'indication d'avortement thérapeutique. Citons encore le cas de HULTBERG, de 1954, celui de J. TAPIE, traité par actinomycine C, l'observation de MONTPERT en 1956. Par ailleurs, ces dernières années on s'est occupé des formes familiales, voire héréditaires de la lymphogranulomatose maligne : étude de DEVORE et DOAN, cas frappant, deux frères, rapporté par BILLIOTTET ; recherches

familiales enfin de RAZIS et DIAMOND en 1959.

°°°

Pour faire de la question de l'association gravidité-Hodgkin un exposé aussi complet que possible, nous avons adopté le plan de travail suivant :

ETIOLOGIE : nous envisagerons d'abord la fréquence de la survenue ou de la pré-existence d'une maladie de Hodgkin chez la femme enceinte ;

OBSERVATIONS CLINIQUES : nous en résumerons quelques-unes, des plus typiques ;

PRONOSTIC MATERNEL : durée de la survie de la femme, à partir de la grossesse, de l'accouchement, du post partum ;

PRONOSTIC INFANTILE : avortement, état de l'enfant à la naissance, son comportement ultérieur, en particulier en ce qui concerne une éventuelle lymphogranulomatose maligne ; ce qui nous fera discuter des caractères familiaux et héréditaires éventuels de la maladie de Hodgkin.

- II -

ETIOLOGIE

-:-

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la fréquence d'une grossesse chez la femme atteinte de maladie de Hodgkin est une éventualité rare. Il semble toutefois que cette fréquence aille en augmentant, du fait même de la survie prolongée des Hodgkiniens sous l'effet des thérapeutiques actuelles, les rémissions ayant souvent atteint un caractère excellent, les rapprochant d'un état de guérison apparente. Et comme aucune incidence réciproque n'est observée, susceptible d'aggraver la lymphogranulomatose ou de compromettre l'évolution de la grossesse, il n'y a aucune raison d'interdire celle-ci à la malade, ni d'effectuer chez elle un avortement thérapeutique. Nous verrons que parfois celui-ci a été effectué, mais dans une proportion inférieure à 10 p.cent des observations.

R. GILBERT, de Genève, constate que depuis une vingtaine d'années, les grossesses hodgkiniennes sont plus nombreuses, plus fréquemment observées qu'autrefois. Pourtant les chiffres absolus restent modestes, car la fréquence de la lymphogranulomatose reste basse.

De plus, le sexe masculin semble plus souvent atteint que le sexe féminin, encore

que GILBERT ait constaté une égalité de répartition des cas, sur 157 observations en effet, il note 73 hommes et 84 femmes.

Les chances de voir une grossesse coexister avec un Hodgkin reste faible, puisque la lymphogranulomatose n'est trouvée en moyenne que dans 5 p.mille des décès avec autopsie, et dans 3,5 p.mille des cas hospitalisés à Bâle (GILBERT) avec une pointe de fréquence en 1936 : 5,5 p.mille dans la statistique de LUDIN.

PALACIOS COSTA, CHAVANNE, FERNANDEZ, dénombrent 5 lymphogranulomatoses malignes sur 30.000 grossesses, soit une proportion de 1 pour 6.000 (statistique établie à Buenos-Aires en 1945). Les chances de coexistence ont augmenté avec un meilleur diagnostic de la maladie, avec un meilleur traitement des formes favorables. Mais on est alors surpris qu'un même auteur puisse, en quelques années, en collationner personnellement plusieurs cas. KASDON, en 1949, recueillait 32 cas publiés, auxquels il ajoutait 3 observations personnelles. PAPILLON et CHAVANNE ont distingué trois types d'évolution ; un groupe I comportant les cas de grossesses survenues en rémission franche après radiothérapie ; ces auteurs comptent 50 grossesses à terme, un accouchement prématuré, 9 interruptions de grossesse et 5 fausses couches spontanées ; au total 65 cas. A ce même type évolutif se rattachent, dans la série de GILBERT, 14 cas, avec 12 grossesses à terme, 2 interruptions.

un groupe II,
dans lequel la maladie de Hodgkin connaît une poussée aiguë au cours de la grossesse,

un groupe III,
enfin, la lymphogranulomatose maligne étant diagnostiquée chez une femme enceinte. Le

pronostic est alors très sombre.

Dans l'ensemble des cas, les survies ont été les suivantes :

- cas de PARADES : mort 16 semaines après l'accouchement,
- cas de RITVO : mort 17 ans après l'accouchement,
- cas de PARADES : mort une semaine après l'accouchement
- cas de COSTO et CHAVANNE : mort 2 semaines après l'accouchement,
- cas de PERRIER : mort 12 semaines après l'accouchement,
- cas de KASDON : mort une semaine après l'accouchement,
- cas de PERRIER : mort 260 semaines après l'accouchement,
- cas de HARRIS : mort cinq semaines après l'accouchement,
- 5 cas de HENNESSY : morts 260, 78, 88, 72 et 6 semaines après l'accouchement.

GILBERT donne pour ses onze observations les durées de survie suivantes post partum :

28 mois, 42 mois, 22 mois, au moins 253 mois, 242 mois, 224 mois, 73 mois, 112 mois pour des malades encore en vie, enfin 57, 18 et 6 mois. Il y a eu deux avortements provoqués chez des Hodgkiniennes en bonne santé, ce qui donne 87 p.100 de grossesses menées à terme chez les lymphogranulomateuses de GILBERT.

Dans la série de 40 cas réunis par FABIAN, 19 malades évoluèrent chroniquement avec des poussées aiguës, et trois interruptions

de grossesse, 21 malades évoluèrent sans poussées aiguës, sans interruption de grossesse. Sur ces 40 grossesses, 36 furent menées à terme : soit 90 p.100, 12 fois avec aggravation, 21 fois sans modification trois fois avec amélioration de la maladie de Hodgkin.

L'opinion actuelle est donc bien que la maladie n'est pas aggravée par la grossesse intercurrente, que celle-ci peut fort bien être menée à terme.

- III -

OBSERVATIONS CLINIQUES

-:-

SVEN HULTBERG : 100 femmes âgées de 14 à 45 ans ont été traitées pour maladie de Hodgkin par l'irradiation de tous les foyers lymphogranulomateux sans exception, à la dose tumorale totale de 2.000 r au moins, fractionnée entre 100 et 400 r quotidiens doses complémentaires ultérieures sur les foyers nouveaux de 800 à 1000 r (méthode de GILBERT). Huit malades ont ainsi survécu de 8 à 15 ans après le début de la maladie, et sont toujours en vie. Sur les 100 femmes, 13 ont eu une ou plusieurs grossesses, et ont donné naissance à 19 enfants en bonne santé ; il y a eu, en outre, 4 avortements spontanés et 3 avortements provoqués. Les grossesses ont évolué normalement, sans exacerbation immédiate de la maladie, ni aggravation de celle-ci au cours de l'année qui a suivi l'accouchement. La maladie de Hodgkin ne paraît pas devoir réclamer une interruption de la grossesse.

J. TAPIE : Une femme de 25 ans présente en avril 1953 le début clinique d'une maladie de Hodgkin, asthénie, amaigrissement, adénopathies cervicales, prurit ; la grossesse débute en août, au sixième mois, l'adénopathie a augmenté de volume,

Alors que la grossesse est de 7 mois, l'état général est très satisfaisant ; il

existe pourtant des adénopathies jugulaires et sus-claviculaires, une splénomégalie modérée, des adénopathies médiastinales sans retentissement fonctionnel ; une anémie légère à 3.100.000 hématies, une leucocytose modérée à 10.400 avec polynucléose relative à 89 p.cent sans éosinophilie notable. Une biopsie ganglionnaire confirme le Hodgkin. Le traitement comporte l'actinomycine C intra-veineuse, 100; 150, puis 200 mcg, au total 5.050 mcg, suivie de radiothérapie thoracique, 3000 r en 13 séances. La malade accouche à terme d'une petite fille normalement constituée ; l'état s'améliore avec régression lente des adénopathies médiastinales.

MONTPERT : II pare pour laquelle on porte d'abord le diagnostic de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann ; elle accouche à terme d'un enfant vivant pesant 3.600 g. Cinq jours plus tard, apparaît une hypertrophie ganglionnaire dont la biopsie donne pour la première fois des cellules de Sternberg. Après une amélioration de quelques mois, la malade meurt de sa lymphogranulomatose maligne.

I.I. KAPLAN : deux femmes enceintes atteintes de maladie de Hodgkin sont traitées par la radiothérapie ; la grossesse évolue normalement, les enfants naissent en bon état, et la femme se rétablit chaque fois complètement.

M. NAGEL : trois observations concernant :
une nullipare de 22 ans, devient enceinte alors que sa maladie de Hodgkin évolue depuis deux ans. Six mois après l'accouchement d'un enfant normal, elle redevient enceinte. Etant donné le bref intervalle écoulé entre ces deux grossesses, et redoutant une exacerbation de la lymphogranulomatose, on interrompt la seconde grossesse mais on sursoit

à la stérilisation, pour permettre à la malade de mener à bien une nouvelle grossesse lors d'une rémission prolongée après traitement approprié. Deux ans plus tard en effet, une grossesse est menée à terme, mais l'enfant, né normal, meurt à l'âge de trois semaines d'un syndrome entérioriforme.

La seconde malade, âgée de 23 ans, était au quatrième mois de sa seconde grossesse lorsque la maladie de Hodgkin est découverte : masse médiastinale, ganglions le long du trajet carotidien. On peut irradier ces lésions, éloignées de l'utérus gravide. L'enfant naît en bonne santé à terme, le placenta est indemne de lésions lymphogranulomateuses. La femme est en bon état.

Le troisième cas concerne une femme de 38 ans qui a eu deux grossesses normales. Lors de la troisième, apparaît une tumeur apicale extra-pulmonaire sans adénopathies. On adopte une attitude d'expectative, pensant avoir affaire à une forme bénigne de maladie de Hodgkin. L'enfant naît à terme et normal, la femme reste sous surveillance.

Ces trois observations ont été relevées sur 11.500 grossesses suivies en dix années à la Clinique Universitaire de Bruxelles.

C.R. NIXON : une femme de 27 ans, atteinte de maladie de Hodgkin évoluant depuis sept ans, est enceinte pour la seconde fois. La tumeur est médiastinale, elle a été irradiée sans récurrence. La grossesse évolue normalement.

En réponse à cette observation, est signalé un autre cas de femme chez qui la maladie de Hodgkin a été diagnostiquée à l'âge de 20 ans. Une grossesse évolue normalement. Cette femme est opérée à 36 ans pour grossesses-

se extra-utérine. A ce moment on ne trouve aucun ganglion abdominal à la palpation. De bonnes rémissions ont été obtenues par la radiothérapie appliquée à plusieurs reprises ; la mort survient à l'âge de 40 ans, soit 20 ans après le diagnostic d'Hodgkin.

J.P. HENNESSY et ROTTINO : 12 cas

I - Une II pare de 33 ans met au monde 2 jumeaux prématurés à la 36^e semaine de la grossesse. Quatre mois plus tard, la biopsie d'un ganglion hypertrophié donne le diagnostic d'Hodgkin et motive un traitement radiothérapique. Nouvelle grossesse à la quatrième année de l'évolution de la maladie, avec naissance à terme d'un enfant normal. La femme est en bon état jusqu'à une récurrence un an plus tard, puis paraplégie, enfin morte 5 ans après le début de la maladie.

2 - Une VIII pare de 37 ans présente des adénopathies dont la biopsie donne le diagnostic de Hodgkin ; elle est immédiatement irradiée. 18 mois plus tard, une nouvelle poussée ganglionnaire est traitée par la moutarde azotée. Trois mois plus tard, nouvelle grossesse évoluant normalement avec un post partum non compliqué. Mais un an plus tard, une rechute hodgkinienne survient, d'évolution mortelle trois ans après le début de la maladie.

3 - Une III pare de 32 ans remarque à 4 mois $\frac{1}{2}$ des adénopathies cervicales suivies d'un avortement spontané.

La maladie de Hodgkin, alors diagnostiquée, entre dans une phase active et est traitée par les rayons X avec succès. Une nouvelle rechute se produit sept mois plus tard, jugulée par la moutarde azotée. Deux autres

- poussées se produisent, et finalement la malade succombe 18 mois après le début clinique de la lymphogranulomatose.

4 - Une I pare de 36 ans termine sa grossesse par une césarienne, Deux mois plus tard, apparaissent des adénopathies et six mois après sa délivrance, le diagnostic de Hodgkin est porté sur biopsie ganglionnaire. Les rayons X, la moutarde ypéritée, assurent des rémissions, la malade finalement succombe deux ans après le début clinique de la lymphogranulomatose. L'enfant est en bon état.

5 - Une III pare de 24 ans accouche normalement, la maladie de Hodgkin ayant débuté 5 ans plus tôt. Un an après l'accouchement apparaît un ganglion inguinal. Mais l'état reste satisfaisant par conséquent six ans après le début.

6 - Une I pare de 26 ans met au monde un enfant normal ; le post partum est marqué de l'atteinte de l'état général et de la découverte d'une adénopathie cervicale ; sur les clichés, on trouve une masse médiastinale. La biopsie établit le diagnostic de Hodgkin. La radiothérapie fait disparaître toutes les adénopathies, et actuellement la rémission est satisfaisante.

7 - Une I pare de 18 ans remarque une tumeur sus-claviculaire qui se développe lentement. Au deuxième mois de la grossesse, une biopsie sur l'adénopathie excisée donne le diagnostic de Hodgkin ; puis de nouveaux ganglions sont découverts dans la région cervicale. La grossesse évolue normalement. La radiothérapie a assuré une bonne rémission, et deux ans plus tard, l'état de cette femme demeure excellent, et elle souhaite une seconde grossesse.

8 - Une I pare de 26 ans est trouvée porteuse d'une masse médiastinale sur les clichés : une biopsie ganglionnaire au niveau d'une adénopathie cervicale donne une image de Hodgkin. La radiothérapie fait fondre la masse médiastinale. La grossesse s'est terminée par un avortement spontané à 2 mois $\frac{1}{2}$, suivi d'un syndrome neurologique avec coma. L'évolution s'aggrave malgré un traitement de moutarde yperitée, transfusions, et la mort survient au 45^e jour de l'hospitalisation, par péritonite généralisée secondaire à la rupture d'un abcès tubo-ovarien.

9 - Une I pare de 33 ans remarque, au deuxième mois de la grossesse, des nodules cervicaux qui augmentent de volume et apparaissent de l'autre côté, avec une légère douleur dorsale. La grossesse et l'accouchement sont normaux. Une biopsie avait porté le diagnostic de Hodgkin. Malgré une radiothérapie l'état décline, avec ictère, fièvre persistant à ce jour (deux ans après le diagnostic).

10 - Une I pare de 29 ans remarque, deux semaines après l'accouchement normal, des tuméfactions cervicales progressives, le tableau se complique bientôt de fatigue, prurit, sueurs profuses, la biopsie donne un aspect de Hodgkin. Trois mois plus tard, on institue un traitement qui fait disparaître les adénopathies, et à ce jour (huit mois après le diagnostic) l'état est satisfaisant.

11 - Une I pare de 30 ans constate au cinquième mois de sa grossesse des nodules cervicaux avec sueurs profuses ; sur les clichés, ombre médiastinale. La biopsie ganglionnaire donne un diagnostic de maladie de Hodgkin. L'enfant naît à terme, normalement. On fait un traitement radiothérapique

qui fait fondre la masse médiastinale. Un mois plus tard, apparaissent de nouveaux ganglions accompagnés de fatigue. On fait de la triéthylènemelamine, qui fait disparaître les adénopathies et la fatigue, dix mois après le début clinique de la lymphogranulomatose.

12 - Une I pare de 30 ans présente au quatrième mois de sa grossesse des hémoptysies, de la toux, de la fièvre, des douleurs thoraciques. L'accouchement est normal. Une biopsie porte deux mois plus tard le diagnostic de Hodgkin ; sur les clichés on constate un élargissement du médiastin. La chimiothérapie rétablit la situation qui est bonne trois mois après l'accouchement.

R. GILBERT : 11 cas

I - I pare de 29 ans, enceinte deux mois après la constatation d'adénopathies et de fatigue. Au sixième mois, une biopsie porte le diagnostic de Hodgkin. On fait une radiothérapie pénétrante qui améliore l'état de la malade, mais un accouchement spontané au 7^e mois d'un enfant mort-né termine la grossesse. La femme entre en rémission pendant 17 mois, puis s'amorce une récurrence. Nouvelle amélioration post-radiothérapique pendant neuf mois, et finalement mort en cachexie 2 ans et 5 mois après le début.

2 - Une I pare de 19 ans est atteinte d'adénopathies multiples avec fièvre, amaigrissement ; la biopsie permet le diagnostic de Hodgkin. Une radiothérapie pénétrante a fait fondre les masses ganglionnaires et permet une rémission franche, au cours de laquelle débute la grossesse, évoluant à terme normalement. Quelques semaines après l'accouchement, récurrence médiastinale jugulée par la radiothérapie, mais suivie d'une

reprise ultérieure, la mort survenant 4 ans 6 mois après l'accouchement, et 5 ans 8 mois après le début de la radiothérapie.

3 - Une I pare de 27 ans avait été préalablement irradiée pour adénopathie sus-claviculaire rebelle au traitement médical ; on découvre d'autres déterminations ganglionnaires, la biopsie donnant le diagnostic de Hodgkin. Une radiothérapie pénétrante assure une rémission au cours de laquelle la malade se marie, devient enceinte et mène à terme sa grossesse ; elle allaite l'enfant. Celle-ci devait se développer normalement. La mère par contre connut une récurrence et malgré la radiothérapie décède en cachexie deux ans après l'accouchement, deux ans et huit mois après le début de la radiothérapie.

4 - Une I pare de 26 ans accouche normalement trois ans après le début d'une maladie de Hodgkin ; le placenta ne présente pas de lésions. L'enfant se développe normalement. La mère devait succomber en cachexie 21 ans plus tard.

5 - Une multipare de 29 ans fait après la découverte d'une lymphogranulomatose, trois grossesses successives menées à terme, une rémission franche, paraissant définitive, ayant été obtenue par la radiothérapie pénétrante. Aucune récurrence depuis 21 ans.

6 - Une multipare de 28 ans a présenté un tableau caractéristique de maladie de Hodgkin, fièvre, amaigrissement, adénopathies multiples dont la biopsie donne le diagnostic avec présence de cellules de Sternberg. Une radiothérapie pénétrante a assuré une rémission franche qui se poursuit depuis 22 ans, et au cours de laquelle les trois grossesses ont eu lieu.

7 - Une multipare de 28 ans présente depuis

deux ans des adénopathies multiples dont les biopsies donnent un diagnostic de Hodgkin. On applique un traitement radiothérapique ; une bonne rémission s'institue, au cours de laquelle la grossesse évolue normalement. Une première grossesse avait aboutit à la naissance d'un enfant mort dans des circonstances non précisées. La rémission se maintient actuellement depuis 8 ans, la malade a été irradiée pour la première fois il y a 12 ans, et l'enfant atteint sa 7e année.

8 - Chez une multipare de 34 ans, la maladie a évolué en 7 ans, trois ans s'étant écoulés entre le dernier accouchement et le décès.

9 - I pare de 28 ans, la radiothérapie et les transfusions assurent une rémission depuis 9 ans et 4 mois à partir du traitement. Un enfant est né dans d'excellentes conditions et a aujourd'hui 10 ans.

10 - Multipare de 33 ans, meurt 5 ans et neuf mois après le début du traitement radiothérapique.

11 - Une I pare de 33 ans se découvre, au début de sa grossesse un prurit, une adénopathie cervicale, les clichés révèlent une masse médiastinale. Le diagnostic de Hodgkin est porté sur une biopsie ganglionnaire. On fait au niveau du thorax une radiothérapie pénétrante ; devant un fléchissement de l'état général et un envahissement pulmonaire, on tente sans succès un accouchement prématuré médicamenteux, on est contraint de faire une césarienne basse, l'enfant, apparemment viable, succombe au bout de 12 heures des suites d'une hémorragie cérébrale. La mère meurt six semaines plus tard, avec sarcome de Hodgkin envahissant tous les organes.

Dans le service de M.J.M. AUCLAIR, il nous a été donné d'observer un cas : il s'agit d'une multipare de 32 ans, enceinte de 3 mois, atteinte d'une maladie de Hodgkin diagnostiquée depuis 6 mois. De volumineuses adénopathies médiastinales provoquent des crises paroxystiques d'étouffement, l'état général est moins bon qu'avant le début de la grossesse et, la malade ayant été fortement irradiée, on discute un avortement thérapeutique. Celui-ci est rejeté et l'on décide de pratiquer une césarienne à 8 mois. Nous ne possédons pas assez de recul mais, 5 mois après l'intervention, la mère vit encore et l'enfant, qui pesait 2,500 kg à la naissance, a effectué sa croissance normalement, jusqu'à présent.

- IV -

PRONOSTIC MATERNEL

-:-

Il est généralement admis que la grossesse n'aggrave pas la maladie de Hodgkin ; pourtant certains auteurs le croient, et pensent qu'il faut conseiller l'interruption précoce de la grossesse dès que le diagnostic est porté. GILBERT est d'un avis contraire, Il retient qu'avant 1952 douze cas seulement avaient été publiés relatifs à une interruption de la grossesse chez des Hodgkiniennes, alors que dans 111 cas, celle-ci avait été respectée. Il apparaît très nettement que la gestation n'a jamais aggravé la lymphogranulomatose lorsque celle-ci était en rémission franche lors de la conception. Dans la série de GILBERT, douze grossesses chez huit femmes ont évolué normalement, sans préjudice pour la malade ni pour l'enfant. Et alors même qu'une poussée ganglionnaire est constatée avant ou après l'accouchement, celle-ci demeure remarquablement radio-sensible. Sur les huit mères suivies par GILBERT, quatre ont succombé, mais l'aggravation de la maladie responsable de la mort n'a jamais pu être rattachée à la gestation. Un décès s'est bien produit 18 mois après le premier accouchement et à la suite d'une seconde grossesse, avec grave reprise évolutive, mais dans des conditions déplorables, et malgré les conseils donnés à cette malade. Dans les trois autres cas de GILBERT, le décès est

survenu deux à trois ans et demi après l'accouchement, sans qu'on puisse dire que l'évolution de la maladie ait été influencée par lui. Quant aux femmes encore en vie, elles ont actuellement des "rémissions" persistant depuis six à 21 ans depuis l'accouchement.

Il semble bien prouvé qu'une grossesse se situant en phase de rémission de la maladie de Hodgkin n'aggrave pas celle-ci. Par contre, si la grossesse apparaît en phase évolutive de la lymphogranulomatose, on pourrait s'attendre à une aggravation de celle-ci. Pourtant, l'observation ne l'affirme pas. Et même dans les formes généralisées, l'évolution ne semble pas aggravée.

FABIAN constate que sur les 40 cas qu'il a réunis, l'évolution a été chronique dans 19 cas, avec des poussées aiguës dans ces cas, et sans poussées aiguës dans 21 cas. La grossesse a été supportée jusqu'à son terme dans 36 cas, soit une proportion de 90 p.cent, mais avec dans 12 cas une aggravation de la maladie ; celle-ci a été inchangée dans 21 cas, elle s'est améliorée dans 3 cas. Dans le post partum FABIAN note une aggravation dans 15 cas, une évolution inchangée dans 19 cas dont 2 améliorations. Pourtant sur 33 mères, 17 ont succombé, dont 10 peu après l'accouchement. On a expliqué la gravité du post partum chez les Hodgkiniennes par les pertes de sang de l'accouchement et du post partum, qui entraîneraient une action d'irritation sur le système hémopoïétique et un retentissement défavorable sur l'évolution hodgkinienne.

Sur 15 cas, PAPILLON note 11 aggravations lorsque la maladie était en phase évolutive lors de la grossesse ; sept fois cette aggravation a eu lieu dans le post partum. Pourtant ces auteurs écrivent que "dans la plupart des observations, on ne peut mettre en

évidence la rupture du type évolutif de la maladie ; on ne relève pas de poussées aiguës sur des maladies de Hodgkin évoluant auparavant d'une manière moyenne ou lente. La poussée contemporaine de la grossesse ne retentit pas sérieusement sur la survie moyenne qui s'élève (dans leurs cas) à trois ans. Ainsi, dans les formes moyennes mal stabilisées, la grossesse déclenche fréquemment une récurrence ganglionnaire qui est habituellement influencée par la radiothérapie. Cette récurrence peut contribuer à altérer l'état général et la résistance du sujet, mais n'entraîne pas, le plus souvent, d'évolution rapide ou aiguë, et l'influence sur le cours ultérieur de la maladie n'est que peu marquée.

Pour KASDON, sur 42 cas, il y a eu 18 exacerbations, chiffre un peu plus élevé que celui que l'on aurait pu attendre d'un groupe de femmes non enceintes atteintes de maladie de Hodgkin. Des 18 femmes qui ont présenté une exacerbation de la lymphogranulomatose pendant la gestation ou le post partum, 13 ont eu cette aggravation après l'accouchement. Et cet auteur conclut que "l'on a le sentiment que la grossesse n'a pas eu d'effet démontrable sur toutes les exacerbations de la maladie de Hodgkin. S'il y a vraiment exacerbation pendant la grossesse, c'est surtout dans le post partum qu'elle se manifeste, après un accouchement à terme". Ce qui semble surtout compter, c'est le potentiel évolutif de chaque cas particulier de Hodgkin, et le degré d'extension de la maladie. Lorsque la grossesse survient en phase de rémission, le cours de la maladie de Hodgkin ne semble donc pratiquement pas modifié.

Lorsqu'enfin la lymphogranulomatose est apparue tout de suite avant la grossesse ou pendant son évolution, l'appréciation du pronostic diffère d'un auteur à l'autre :

pour PAPILLON, CHAVANNE, pour GILBERT, la maladie prend une allure évolutive grave, rapide, fébrile, la thérapeutique y est peu efficace, et la survie est courte. GEMMEL, PERRIER, invoquent la possibilité d'un facteur hormonal nocif, responsable des aggravations observées, qui coïncideraient avec les deux phases d'hyperfolliculinémie gravidique : premiers mois de la grossesse, et post partum. KASDON a lui aussi observé, sur 42 grossesses, des exacerbations dans 18 cas dont 13 se situant dans le post partum.

GILBERT par contre n'a observé qu'un cas de ce type, et l'évolution a été heureuse, avec guérison clinique actuelle de dix ans. HERZ, GEMMEL, SALVINI, ont également observé de longues survies alors que la maladie de Hodgkin était apparue au cours même de la grossesse. La fréquence des aggravations dans le post partum n'en est pas moins troublante. Elle n'est pas assez nette pour commander l'avortement systématique.

Cette question est discutée par HENNESSY qui constate que sur 32 auteurs ayant décrit des cas de grossesses chez des Hodgkiniennes, sept recommandent l'avortement thérapeutique et cinq le refusent. Pour DYES, la décision doit être prise d'après la réponse de la maladie à la radiothérapie, la conservation de la grossesse devant être recherchée dans toute la mesure du possible. HENNESSY pense que la grossesse n'aggrave que rarement la maladie de Hodgkin, et que dans ces circonstances réputées défavorables, la radiothérapie peut assurer d'excellents résultats. Elle réduit le volume des adénopathies, et parfois même les fait complètement disparaître. Par des écrans appropriés, on saura protéger l'enfant des lésions par les rayons. Les autres méthodes, chimiothérapiques, sont également efficaces, et des résultats

ont été obtenus par HENNESSY dans 70 p.cent des cas, avec améliorations subjectives dans 90 p.cent des cas. Les rémissions obtenues persistent un temps variable, allant de quelques semaines à plusieurs années. Et si des "guérisons apparentes" persistent, exceptionnellement, vingt ans, la moyenne n'a été dans la série de HENNESSY que de quatre à six mois.

- V -

PRONOSTIC INFANTILE

-:-

La grossesse, chez les Hodgkiniennes, est grevée d'avortements, d'interruptions provoquées, mais il faut reconnaître que dans la grande majorité des cas, l'enfant naît à terme, vivant, en bon état, et se développe ensuite normalement. GILBERT fait état d'enfants de mère hodgekinienne actuellement âgés de 20 ou 21 ans, et que rien ne distingue d'un autre adulte.

La transmission de la maladie à l'enfant paraît très exceptionnelle. De PALO signale un cas dans lequel l'enfant né d'une femme hodgekinienne a présenté à l'âge de deux mois les stigmates de la maladie et a succombé à quatre mois. PRIESEL et WINKELBAUER à l'autopsie d'un enfant de quatre mois et demi, trouvent tous les stigmates de la lymphogranulomatose. C'est à l'âge d'un mois que l'enfant décrit par Von BRAITENBERG présente les premiers signes de la maladie maternelle. Cet auteur suggère l'hypothèse d'une transmission transplacentaire de l'affection de la mère gravide à l'enfant in utero. Mais l'intégrité du placenta chez les Hodgkiniennes infirme cette explication pathogénique. Citons encore le cas de LEUTKENS concernant un enfant de 33 mois atteint de Hodgkin et dont la mère était décédée de l'affection deux mois après l'accouchement. Sur une série de 125 sujets atteints de maladie de

Hodgkin, HENNESSY relève un malade de 16 ans dont la mère était morte de la maladie deux ans plus tôt (mais était-elle déjà atteinte lors de sa grossesse, c'est peu probable).

Les cas de transmission transplacentaire de maladie de Hodgkin paraissent très discutables à R. GILBERT pour qui la preuve de ce passage n'a pas été faite jusqu'ici. Pour la faire il faudrait : un diagnostic certain chez la mère, avec contrôle anatomique, et un examen minutieux du placenta, qui ne saurait être indemne de lymphogranulomatose.

Pour KADSON par contre, la maladie de Hodgkin est transmissible de la mère au fœtus au travers du placenta dans 9 p.cent des cas. FABIAN est plus prudent en évoquant la possibilité de cette transmission, qui toutefois n'est nullement obligatoire.

Plus plausible est la possibilité d'une disposition héréditaire dans le développement et l'évolution de la maladie de Hodgkin. On a envisagé la possibilité d'un terrain lymphatique particulièrement réceptif sur lequel l'action d'un agent infectieux, viral, s'exercerait plus aisément. Comme on l'a invoqué dans d'autres domaines de la pathologie, ce n'est pas la maladie de Hodgkin qui serait héréditaire, mais le terrain nécessaire à son éclosion.

Des cas familiaux, rares il est vrai, supporteraient cette hypothèse : nous avons relevé le cas d'un frère et d'une soeur succombant, à sept ans de distance, et à l'âge adulte, à une lymphogranulomatose ayant évolué en trois ans et demi chez l'un, en quatre ans et demi chez l'autre.

DELHERM et FISCHGOLD ont traité une mère

hodgkinienne, décédée 21 ans après le début clinique de la maladie, et sa fille, atteinte trois mois avant la mort de sa mère.

DEVORE et DOAN chez 440 malades traités pour maladie de Hodgkin en distinguent 40 qui appartenaient à 17 familles. Pourtant ces auteurs indiquent qu'il est difficile de prouver cliniquement une transmission directe de la maladie ; il pourrait exister des Hodgkiniens en puissance et en bonne santé, chez qui un facteur infectieux viendrait déclencher la maladie apparente. On ne peut pourtant pas penser à des gènes, dominants ou récessifs, mais certaines familles auraient un système réticulo-endothélial plus sensible que d'autres à des facteurs inconnus précipitant le développement de la maladie. RAZIS et DIAMOND ne concluent pas non plus à la nature héréditaire de la lymphogranulomatose maligne ; elle n'est pas héréditaire par simple transmission génétique. On doit davantage incriminer les conséquences du milieu que l'hérédité pour expliquer la légère augmentation des cas familiaux : 1 p.cent par rapport aux cas non familiaux.

On peut dire que la descendance des femmes Hodgkiniennes au moment de leur grossesse est dans l'ensemble indemne. Tous les enfants naissent normalement constitués et dans la règle en bonne santé. Les observations éloignées chez des descendants ayant atteint l'âge adulte confirment cette notion.

- VI -

CONCLUSIONS

-:-

I - La grossesse a d'abord été considérée comme exceptionnelle chez les femmes atteintes de maladie de Hodgkin. Mais l'amélioration des moyens thérapeutiques a entraîné une multiplication et une prolongation des rémissions, celles-ci étant souvent d'assez bonne qualité pour autoriser une vie normale, mariage, procréation.

II - Par ailleurs, il apparaît que la gestation et la lymphogranulomatose maligne n'ont pas d'influence réciproque nette. Dans l'ensemble, les grossesses des Hodgkiniennes évoluent normalement jusqu'au terme, l'accouchement n'est nullement compliqué, et l'enfant naît vivant et bien portant. Sur l'influence inverse, retentissement de l'état gravidique sur la maladie de Hodgkin, les appréciations sont un peu plus partagées, en particulier selon le moment de la grossesse lors d'une rémission, une fois la maladie installée, ou au cours d'une poussée évolutive. Il est bien évident que la première proposition est la plus favorable.

III - Il convient de souligner qu'un grand nombre des décès des Hodgkiniennes dans la période gestationnelle se produisent de

préférence dans le post partum. On a invoqué une réaction du système hémopoïétique sous l'effet des hémorragies obstétricales, et aussi les poussées folliculiniques, au début de la grossesse et après l'accouchement.

IV - Des observations éloignées d'enfants nés de mères hodgkiniennes montrent qu'aucun effet nocif à distance n'est à redouter. La transmission transplacentaire de la maladie est exceptionnelle. La notion d'hérédité de la lymphogranulomatose maligne ne semble pas devoir être retenue dans l'état actuel de nos connaissances. Toutefois, on a invoqué l'hérédité d'un état prédisposé, sur lequel un agent infectieux déclencherait la maladie, et aussi l'existence d'Hodgkiniens inapparents, susceptibles de réaliser l'affection plus facilement que d'autres, à la faveur d'un facteur de révélation.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : R. MERGER

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

- VII -

BIBLIOGRAPHIE

-:-

J. BICHEL

Hodgkin's disease and pregnancy
Acta Radiol. XXXIII page 427 - 1950

J. BILLIOTTET, J. BERETS, P. DESNUES

Un cas de maladie de Hodgkin chez
deux frères.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 25 oct.
1957

G. CHAVANNE

Granulomatose et grossesse
Thèse de Lyon 1948-1949

J.W. DEVORE, C.A. DOAN

Studies in Hodgkin's disease. XII.
Hereditary and epidemiologic aspects
Annals Intern. Med. XLVII pages 300-
316 - août 1957

FABIAN

Lymphogranulomatose und Schwangerschaft
(Kasuistischen Beitrag)
Thèse de Halle 1943

GEMMEL

Menstruation and pregnancy in Hodg-
kin's disease.
Brit. Med. Journ. I page 469 1923

R. GILBERT

Grossesse au cours de lymphogranulomes traités par roentgenthérapie ;
sort des mères et des enfants.
Schweiz.Med.Woch. LXXV page 53, 1945

R. GILBERT

Le problème de la gravidité dans la
maladie de Hodgkin (en relation avec
les progrès de la radiothérapie).
Journ.Radiol.XXXIII pages 1-11 1952

J.P. HENNESSY, A. ROTTINO

Hodgkin's disease in pregnancy with
a report of twelve cases.
Am.Journ.Obst.Gyn. LXIII page 756,
1952

S. HULTBERG

Grossesse dans la maladie de Hodgkin
Acta Radiol.XLI pages 277-289
mars 1954

I.I. KAPLAN

Successful irradiation treatment of
malignancy coexisting with pregnancy
New York State Journ.Med.LIII pages
1215-1219 15 mai 1953

MONTPERT

Maladie de Hodgkin et grossesse
Soc.Gyn.Obst.Ouest France 11 mars 1956

M. NAGEL

Lymphogranulomatose maligne et gros-
sesse. Trois nouvelles observations.
Bruxelles Méd. XXXII page 1659
10 août 1952

P. PAPILLON, G. CHAVANNE

Lymphogranulomatose maligne et gros-
sesse
Journal de Méd. de Lyon XXXI pages 127-
134 1950

D.V. RAZIS, H.D. DIAMOND, L.F. CRAVER
Familial Hodgkin's disease : its significance and implications
Annals Intern.Med.LI pages 933-971
nov.1959

P. SATJE, R. CASTE
Hodgkin et grossesse
Soc.Gyn.Obst.Paris 14 juin 1954

J. TAPIE
Maladie de Hodgkin-Sternberg et grossesse traitée par actinomycine C.
Presse Méd.LXIII page 1684
3 déc.1955.

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I - Introduction	17 .
II - Etiologie	21
III - Observations cliniques	25
IV - Pronostic maternel	35
V - Pronostic infantile	40
VI - Conclusions	43
VII - Bibliographie	45

-:-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--



